

ZORGGROEP
UPC Duffel
geestelijke gezondheidszorg
emmaüs



ZIEKENHUIS aan
de STROOM



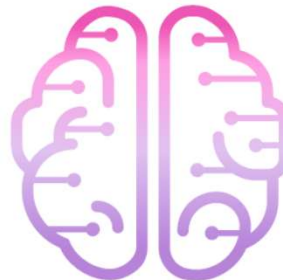
Bethanië
geestelijke gezondheidszorg
emmaüs



Universiteit Antwerpen
| Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen

OPZ Geel

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum



iPSY.care



ZORGGROEP
MULTIVERSUM
IEDER VERHAAL TELT

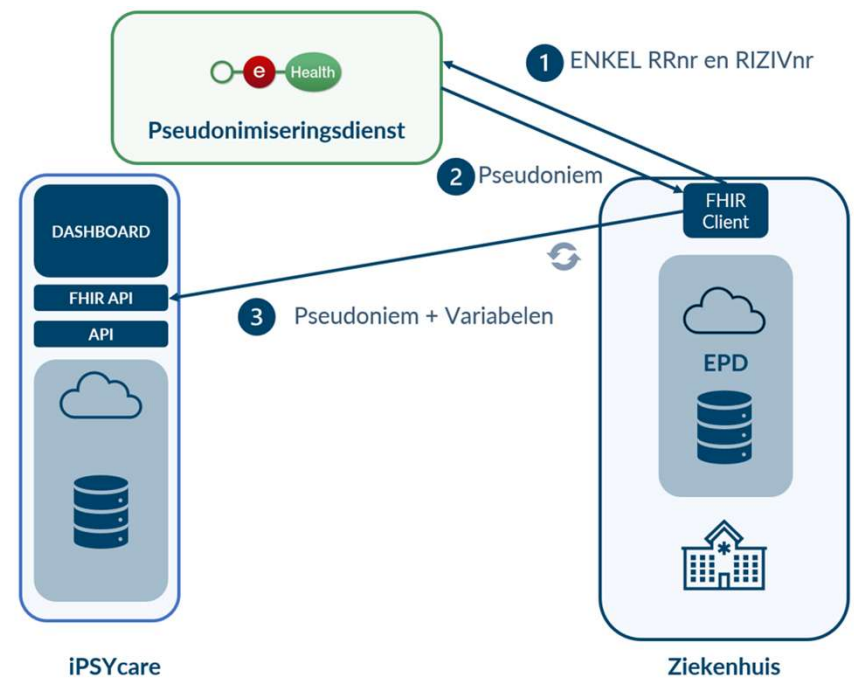
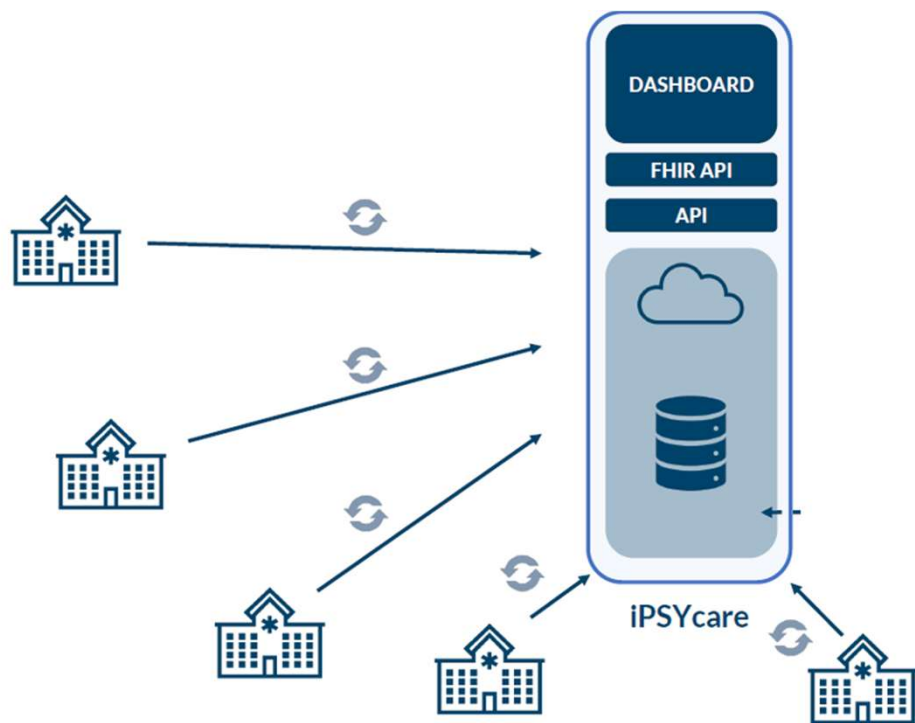
iPSYcare: inzicht in zorgstromen ter verbetering van zorgkwaliteit en -continuïteit

Prof. dr. Kris Van den Broeck - dr. David Stuer

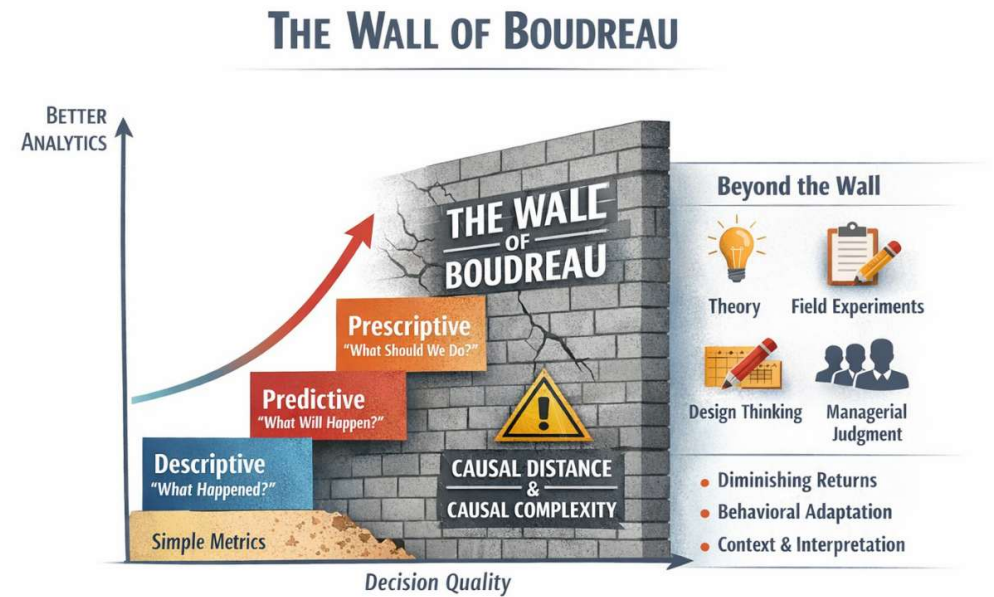
- 2019:
 - Antwerpse PZ en PAAZ consulteren Universiteit Antwerpen rond hun ambitie om meer data-gedreven beleid te installeren
 - Oprichting Leerstoel Public Mental Health, met eerste plannen voor iPSYcare
- **2019-2023:**
 - Ontwikkeling kader: data gepseudonimiseerd longitudinaal poolen voor secundair gebruik
 - Ethische en juridische aftoesting (en bijsturing na eerste veldexperiment)
- **2024-vandaag:**
 - Professionalisering door Data Capabilities project en medewerking van NSX Normalized Systems
 - Start datavaluatie middels dashboarding en populatie- / subgroep-analyses
 - Klaar voor expansie in termen van variabelen, settings en regio's

Uitgangspunten:

1. Bestaande dataregisters (MPG, IMA) hebben belangrijke **tekortkomingen** (fragmentatie, standaardisatie, ...)
2. Registraties ikv dagelijkse zorg zijn **onderbenut** (ifv beleid)
3. Data-pooling geeft zorgactoren **tools** om individueel beleid én beleid op netwerkniveau vorm te geven
4. Data zijn ook **breder bruikbaar** (vb. zorgontwikkeling, onderzoek, regionaal / federaal beleid)



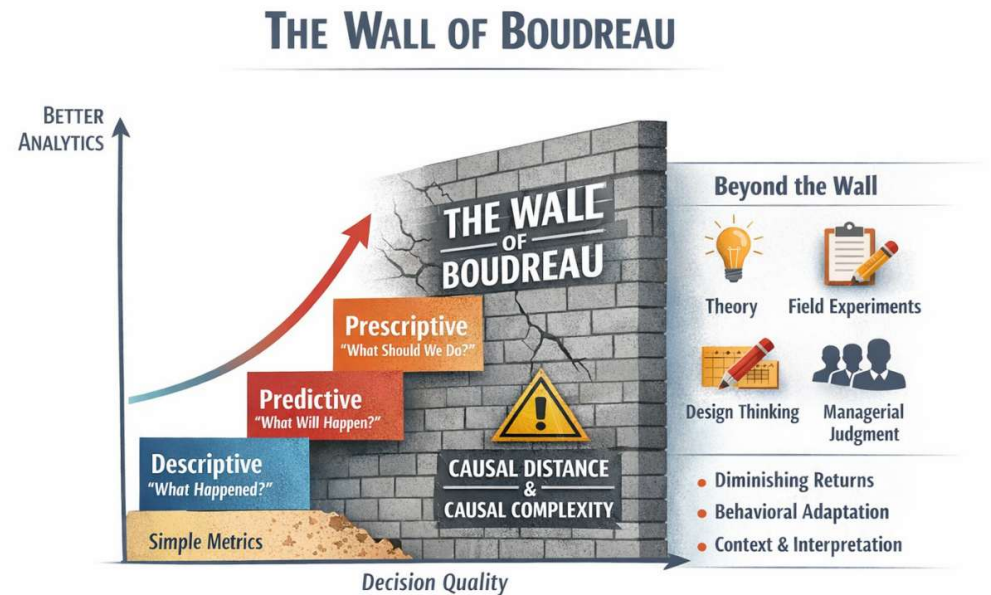
- Data-bank: iPSYcare
- Van data-captatie naar evaluatie
- Metafoor: muur van Boudreau



Gebaseerd op Boudreau en Ramstad (2004)

- Data-bank: iPSYcare
- Van data-captatie naar valuatie
- Metafoor: muur van Boudreau

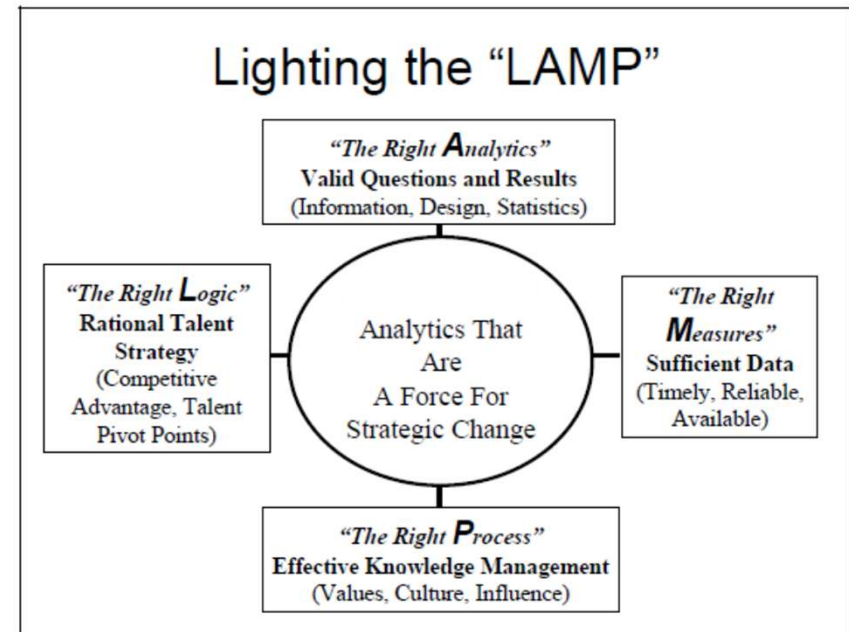
- Te vermijden:



Gebaseerd op Boudreau en Ramstad (2004)

- Data-bank: iPSYcare
- Van data-captatie naar valuatie
- Metafoor: muur van Boudreau

- Te vermijden:

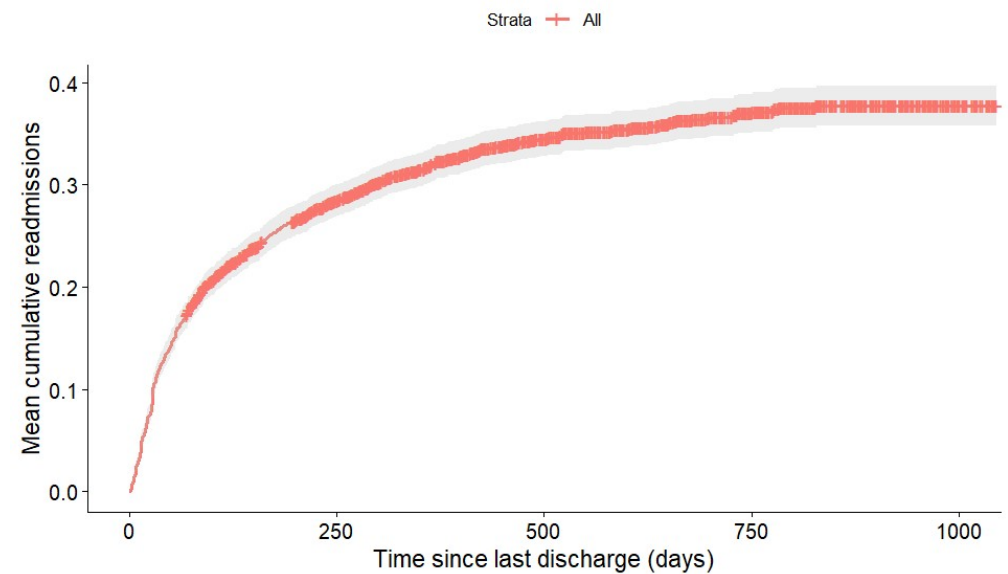


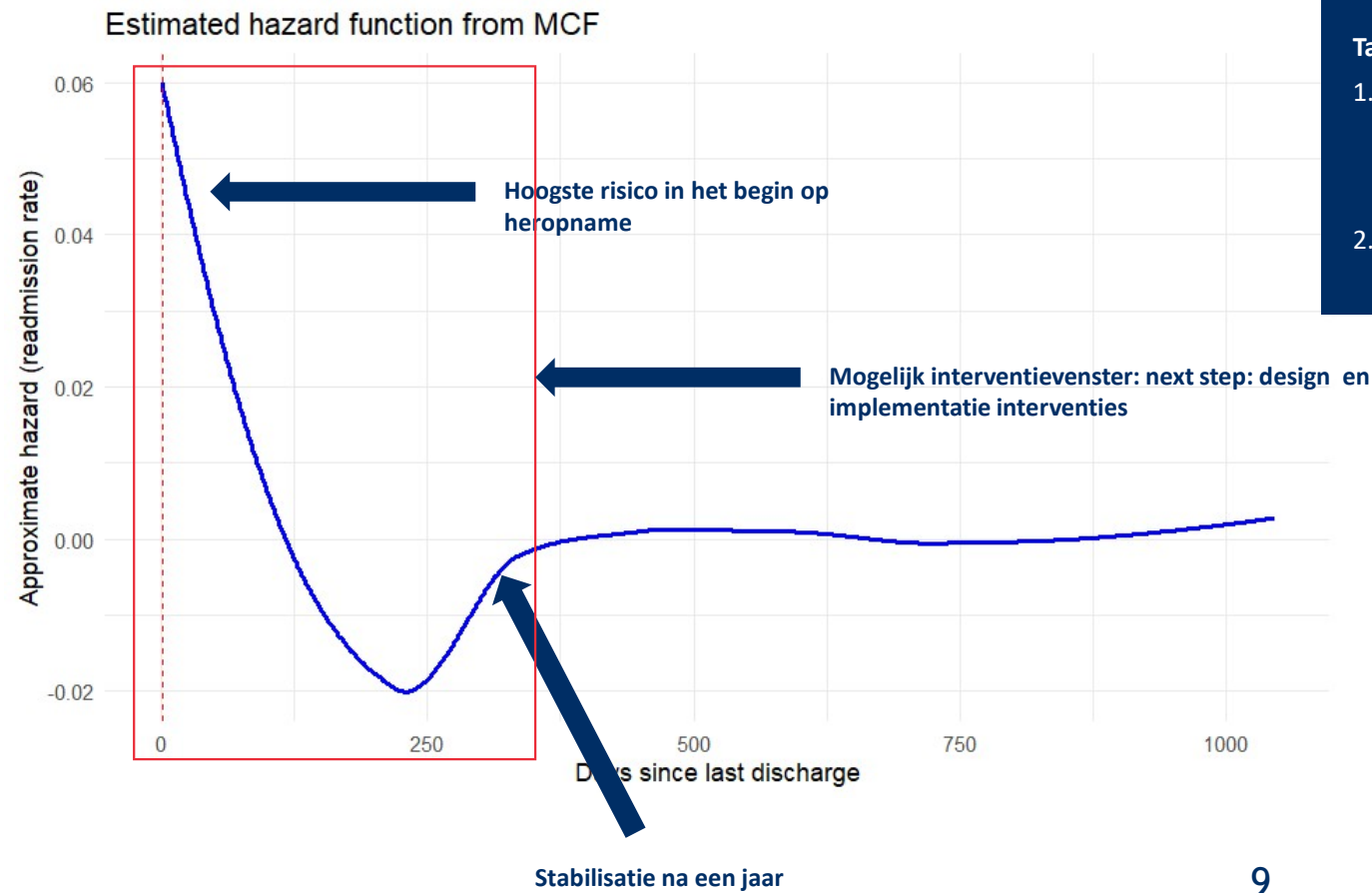
(Boudreau en Ramstad, 2004)

Dashboarding



- Verwacht aantal heropnames: 0.36
- Kans op heropname van een individu (in deze dataset): 28% (N=4.518)
- Dus: sommige individuen hervallen meer
- (Heropname is niet per definitie slechte zorg, maar is wel een relevante uitkomst i.t.v. zorgcontinuïteit)



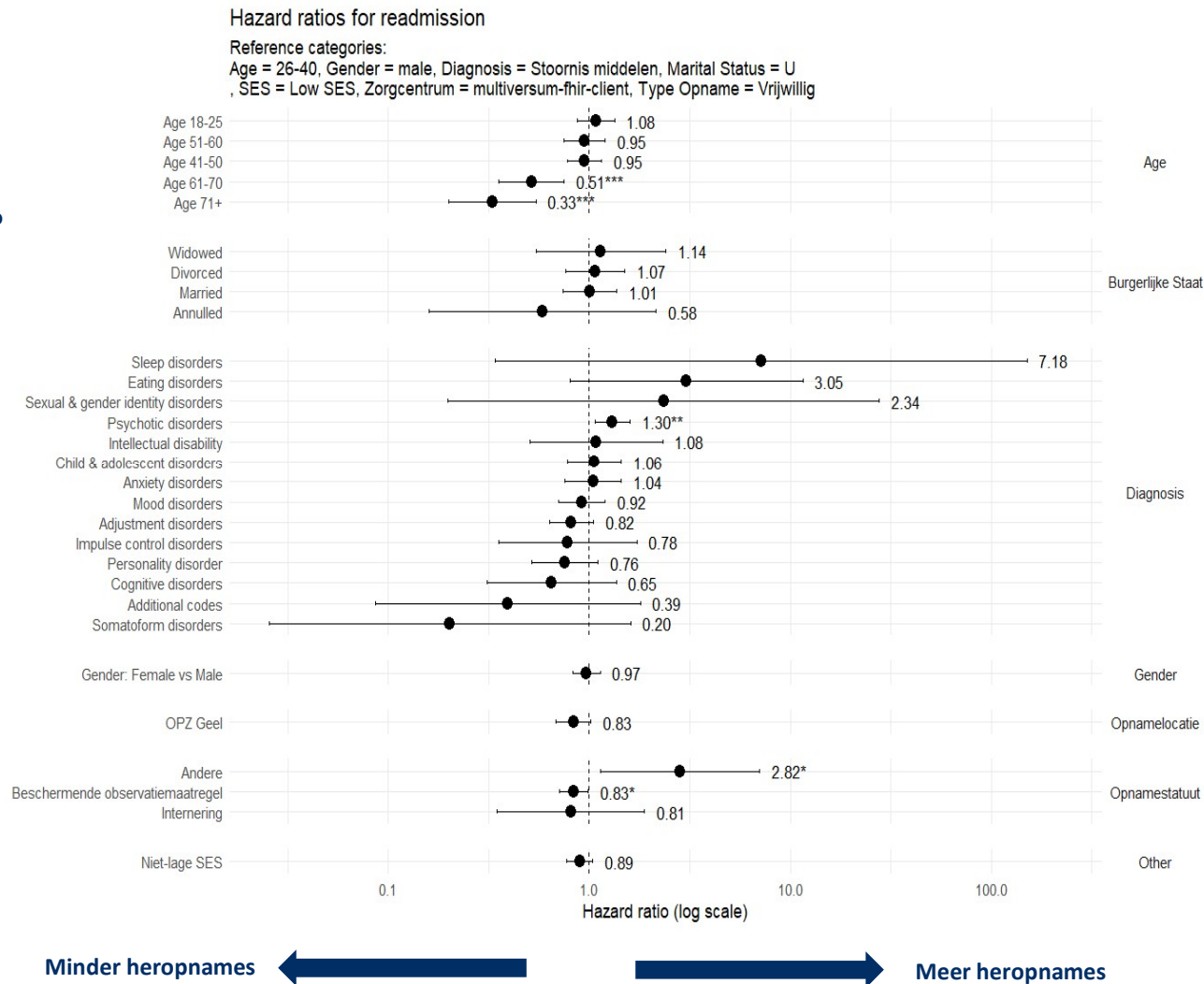


Take away message:

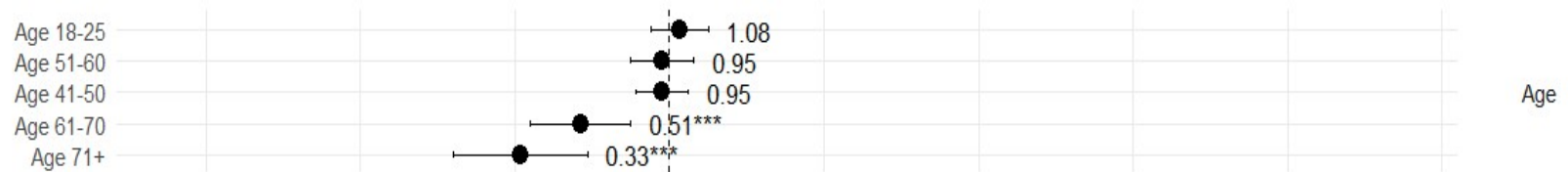
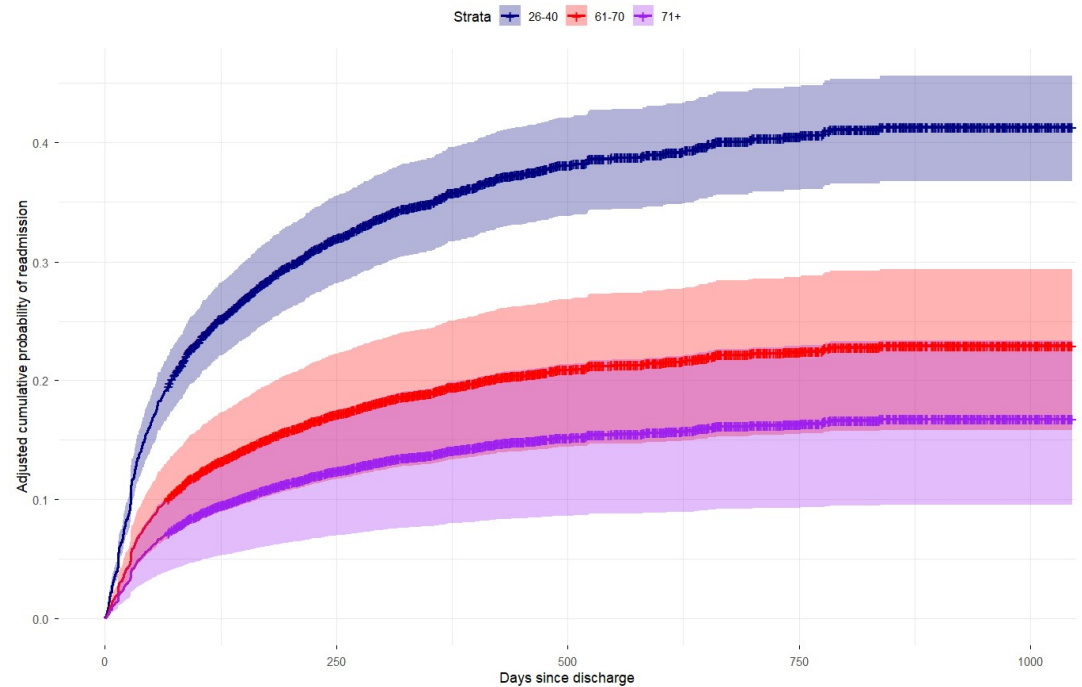
1. Het is mogelijk om de risicofactoren / groepen at risk voor en de timing voor heropname te detecteren.
2. Dit geeft ons een interventievenster / -focus

- Kans op heropname van een individu: 28%
- Wanneer is de kans op heropname het grootst?
- Wat hangt er samen met heropname?
 - Leeftijd
 - Type opname
 - Stoornis
- Wat niet?
 - Burgerlijke staat
 - SES
 - Locatie (nog wel uit te zuiveren voor de anderen)
 - Gender

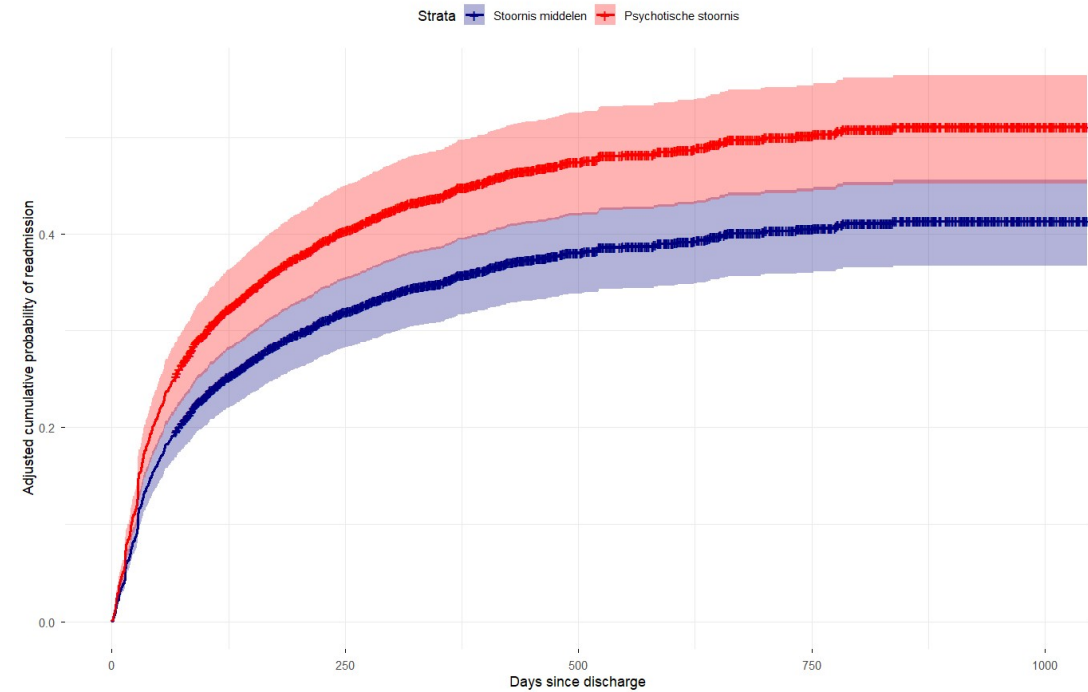
***: significant!**



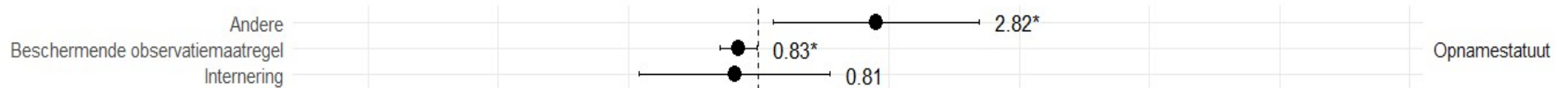
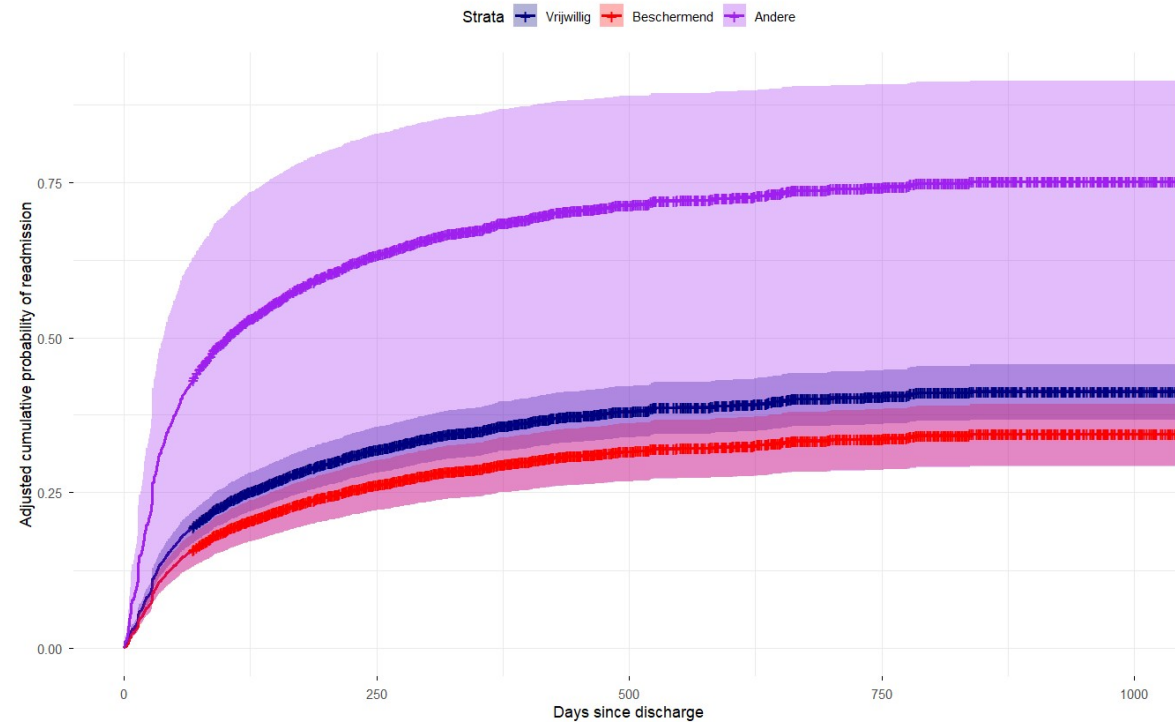
- Kans op heropname van een individu: 28%
- Wanneer is de kans op heropname het grootst?
- Wat hangt er samen met heropname?
 - Leeftijd
 - Type opname
 - Stoornis
- Wat niet?
 - Burgerlijke staat
 - SES
 - Locatie (nog wel uit te zuiveren voor de anderen)
 - Gender



- Kans op heropname van een individu: 28%
- Wanneer is de kans op heropname het grootst?
- Wat hangt er samen met heropname?
 - Leeftijd
 - Type opname
 - Stoornis
- Wat niet?
 - Burgerlijke staat
 - SES
 - Locatie (nog wel uit te zuiveren voor de anderen)
 - Gender



- Kans op heropname van een individu: 28%
- Wanneer is de kans op heropname het grootst?
- Wat hangt er samen met heropname?
 - Leeftijd
 - Type opname
 - Stoornis
- Wat niet?
 - Burgerlijke staat
 - SES
 - Locatie (nog wel uit te zuiveren voor de anderen)
 - Gender



- iPSYcare heeft potentieel om ondersteunend te zijn voor Public Mental Health in het algemeen, en voor zorgcontinuïteit in het bijzonder:
 - Zichtbaar maken: hoe bewegen patiënten zich in het netwerk?
 - Begrijpen: waar, wanneer en bij wie ontstaan er kritieke momenten?
 - Handelen: zorg en beleid gericht bijsturen
 - Toetsen: hebben interventies effect?
- iPSYcare maakt van gefragmenteerde data een lerend, toekomstbestendig ggz-systeem

29/5/2026: denkdag-beleidsdag iPSYcare



Zorgtrajecten

Hoe bewegen mensen
door het netwerk en
waar ontstaan
breuken?

Complexe zorgnoden

Welke klinische én
sociale factoren
bepalen het traject?

Geografie en stedelijke context

Welke rol spelen
woonplaats,
bereikbaarheid en
omgevingsvariabelen?

Crisis en beschermende observatiemaatregel

Wat gebeurt er voor,
tijdens en na een
crisis?

iPSYcare: ready for scaling in Belgian mental health system



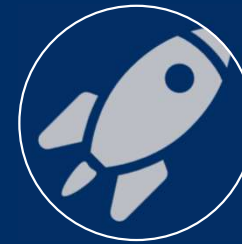
Installed / Proven

- Real-world data across hospitals
- GDPR-compliant infrastructure
- Demonstrated insights



Conditions

- Minimal dataset & standardisation
- semantic alignment (e.g., SNOMED)
- Interoperability with EHRs
- Governance framework
- Relevant research questions



How to proceed?

- Collaboration with
 - Other mh settings
 - Primary care
 - Welfare
 - Somatic care
 - Local policy
 - ... depending on the question



From fragmented learning to a learning mental health system



13e Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres

MENT-UA

Hilde Feyen





Ambulante detox

Inleiding



Alcohol en druggebruik in Vlaanderen

Alcohol 11% ¹; cannabis 3% ²; coke 1,6% ²; speed 1,5% ²; nieuwe synthetische drugs 0,6% ²

Wachtlijsten voor residentiële verslavingszorg ...



Arrondissement Turnhout



Individuele ambulante detoxificatie met ondersteuning van de huisarts na een individueel assessment door een verslavingsarts en een gesprek met een ervaringsdrager van

Verslavingskoepel vzw

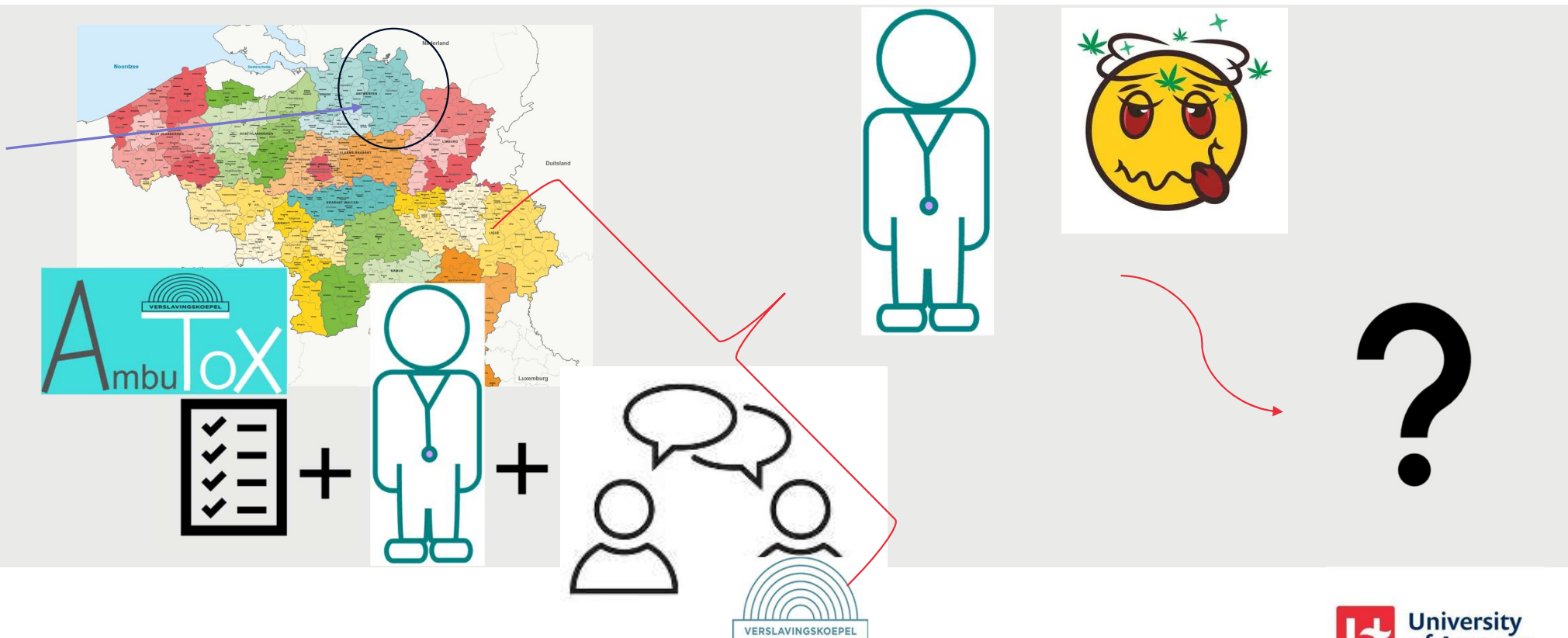
AMBUTOX

Verslavingskoepel verenigt ervaringsdragers-verslaving



1. Bruffaerts R, Leys M, Portzky G, et al. De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023: Zorgnet-Icuro; 2024
2. VAD. Factsheets. Brussel: VAD; 2023

Ambutox



Exclusiecriteria: heroïne, GHB, IV-gebruik; gedragsverslaving

Onderzoeksvragen & methodologie

Zorgvrager-kenmerken van mensen die zich aanmelden

Crossectioneel onderzoek

Intake: MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation) ³

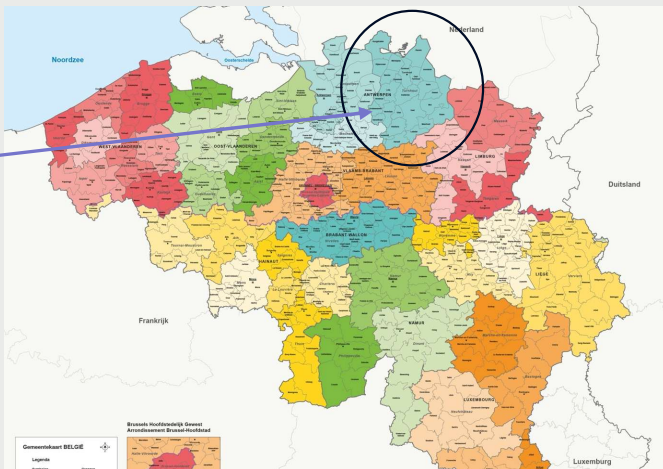
In welke mate draagt Ambutox bij aan herstel van verslaving over een periode van 2 jaar?

Longitudinale opvolging (herstel-outcomes)

1. ± 3 m
2. ± 6 m
3. ± 1 y
4. $\pm 1,5$ y
5. ± 2 y

3. Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A, Koeter MWJ, Van Den Brink W. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications

Ambutox



Resultaten

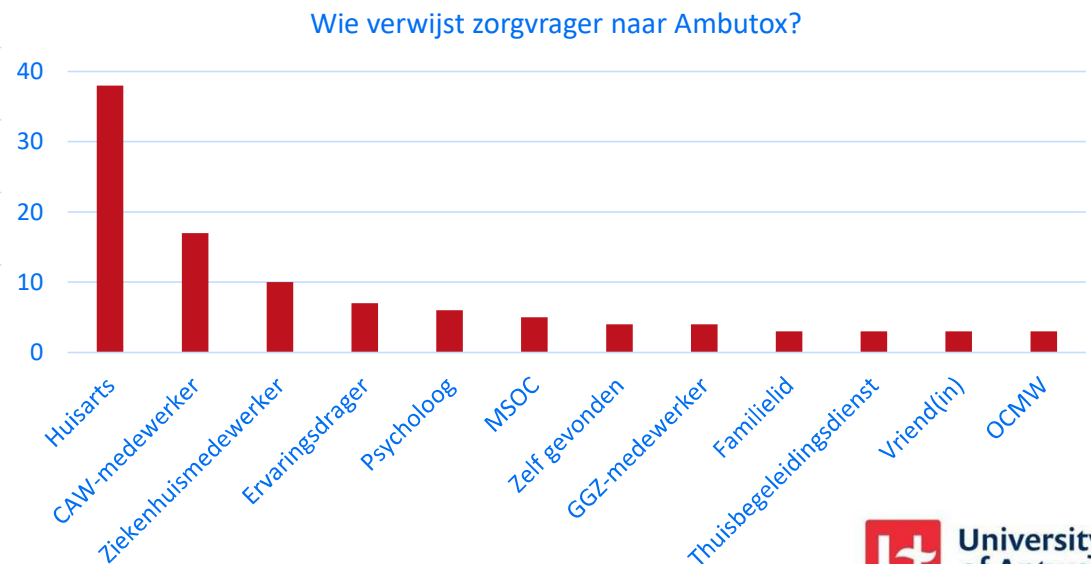
Start datacollectie mei 2025

n = 103		
Gender	60 % mannen	
Leeftijd	41,75 j (SD 11,52)	20 j – 67 j
DSM V criteria ⁴ Stoornis middelengebruik	2 % matige stoornis 98 % ernstige stoornis	Ernst van stoornis 1 tot 3 criteria = mild 4 tot 5 criteria = matig ≥ 6 = ernstig

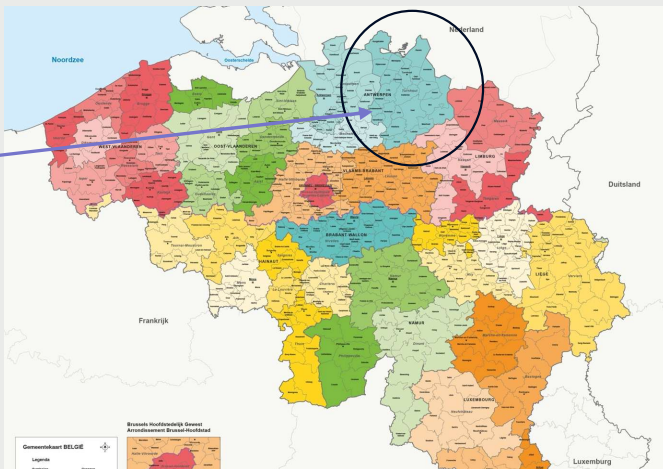
4. American Psychiatric Association, ed. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision.

Resultaten

Aanmelding website



Ambutox



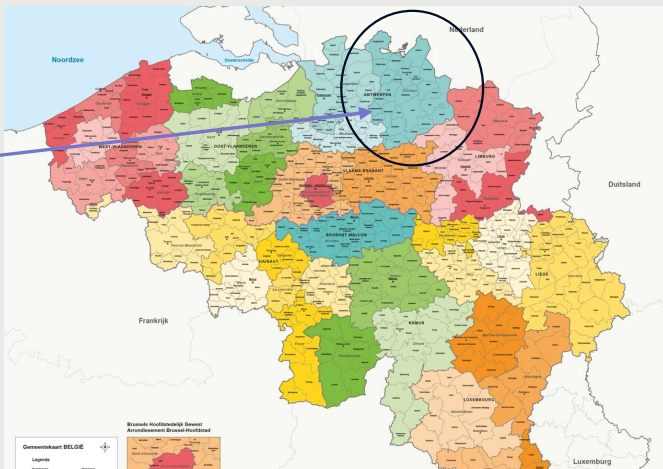
Inta

Dep

n = 103	Depressie	Angst	Stress
Mean	18,70	14,08	20,70
Dimessiescor e Totaal MATE ³	≤ 60	≥ 60	
		n = 103	Comorbiditeit
	60 %	81 %	
		40 %	

5. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.) Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
6. Beaufort et al; (2017). The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a Screener for Depression in Substance Use Disorder Inpatients: A Pilot Study
3. Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A, Koeter MWJ, Van Den Brink W. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications

Ambulante detox



Resultaten

Eerste opvolging

Uitval: n = 14

- 1 heroïne
- 1 suïcide
- 5 op eigen verzoek
- 7 lost to follow up

n = 66	
Gender	60 % mannen
Leeftijd	42,97 j (SD 12,01)
Vaste huisartsenpraktijk	98,5 %
Consult i.v.m. verslaving voorbije maand	73 %
Stop middelengebruik	50 %
Gebruikt de voorbije maand	Ja = 71 %
In herstel?	Nog niet = 46 %
Contact met ervaringsdrager	Ja = 79 %
Zelfhulpgroep	Contactgroep Verslavingskoepel 33 % AA, NA of andere 18 %

Resultaten

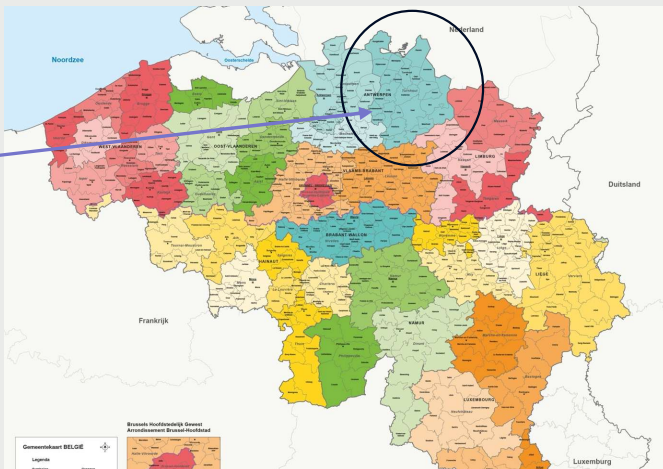
Eerste opvolging

n = 66	
Craving afgelopen week	Ja = 66 %
WHO-5 Well-Being Index ⁶	mean = 45,15 (SD 26,05) cut-off score ≤ 50
Vrije tijd invullen	Ja = 48,5 %
BARC-10 ⁷ Brief Assessment of Recovery Capital	mean = 41,45 (SD 7,73) min. score = 10 max. score = 60

6. Topp et al; 2015; The WHO-5 Well-Being Index. A systematic review of the literature

7. Vilsaint et al; 2017; Development and validation of a Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) for alcohol and drug use disorder

Ambulante detox



Resultaten

Tweede opvolging

Uitval: n = 5

- 1 op eigen verzoek
- 4 lost to follow up

n = 43	
Gender	67 % mannen
Leeftijd	44,28 j (SD 12,13)
Consult i.v.m. verslaving voorbije maand	72 %
Stop middelengebruik	60 %
Gebruikt de voorbije maand	Ja = 56 %
In herstel?	Nog niet = 37 %
Zelfhulpgroep	Contactgroep Verslavingskoepel 33 % AA, NA of andere 16 %

Resultaten

Tweede opvolging

n = 43		
Craving afgelopen week	Ja = 63 %	
WHO-5 Well-Being Index ⁶	mean = 52,56 (SD 28,36) cut-off score ≤ 50	p = 0,177
Vrije tijd invullen	Ja = 67,4 %	p = 0,133
BARC-10 ⁷ Brief Assessment of Recovery Capital	mean = 44 (SD 8,42) min. score = 10 max. score = 60	p = 0,021

6. Topp et al; 2015; The WHO-5 Well-Being Index. A systematic review of the literature

7. Vilsaint et al; 2017; Development and validation of a Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) for alcohol and drug use disorder

Enkele reflecties

Ambulante detox

- “Reachable moment”
- Snel contact
- Geen wachtlijst
- Interprofessionele zorg

Onderzoek

- “Hard to reach”
- “Hard to keep”

Ervaringsdragers

- Zorgen voor goede match
- Waardevolle partner
- Gidsfunctie
- Vervolgzorg, nazorg



Vragen of bedenkingen?



Universiteit Antwerpen
| Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen



Multidisciplinaire richtlijn somatische zorg voor personen met een EPA in de eerste lijn

Auteurs

Dr. Nicolaas Martens
Karolien Van Puyenbroeck
Dr. Vicky Hennissen
Dr. Andréia Nascimento
Prof. dr. Paul Van Royen
Prof. dr. Thérèse Van Durme
Dr. Pierre Smith
Prof. dr. Kris Van den Broeck

Klaas Martens
GGZ Congres
9 september 2026

Rationale

EPA = Ernstig Psychiatrische Aandoening

Levensverwachting +/-20 jaar lager

Risico CVD & DM 3x hoger

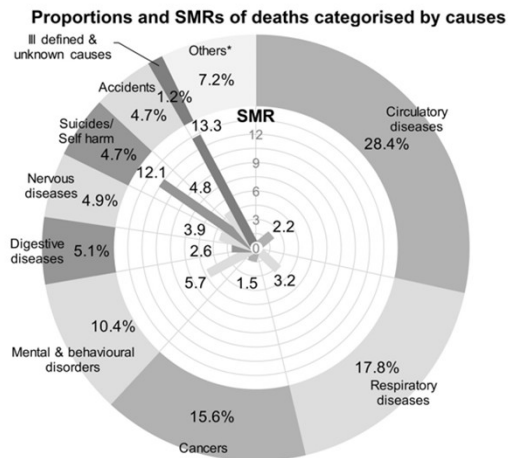
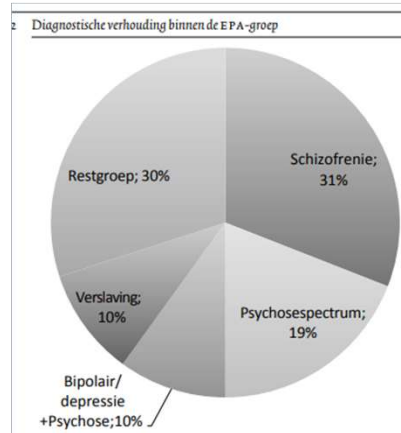
50-60% obesitas

20% COPD

Hogere prevalentie van kankers, HIV en hepatitis

Bijwerkingen van medicatie

Leefstijlfactoren: roken, voeding, beweging



(Figure 1, adopted from John et. Al (2018): proportions and standardized mortality rates of people with a SMI in Wales in the period 2004-2014)

Barrières

Patiënt- & ziektegerelateerde factoren

- **Zorgmijding & gezondheidgeletterdheid:** Cliënten zijn soms zorgmijdend of ervaren drempels om contact op te nemen met reguliere zorgverleners.
- **Cognitieve & motivationele hinder:** Symptomen belemmeren het herkennen van lichamelijke klachten en therapietrouw.
- **Socio-economische kwetsbaarheid:** Sterke associatie met armoede, leidend tot suboptimale zorg of zorguitstel.

Systeem- & hulpverlener factoren

- **Diagnostic overshadowing:** Fysieke klachten worden door zorgverleners te vaak onterecht toegeschreven aan de psychiatrische aandoening.
- **Gebrek aan coördinatie:** De samenwerking tussen gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eerste lijn verloopt vaak stroef.
- **Lage screeningpercentages:** Systematische opvolging ontbreekt vaak. Een groot deel van de metabole risico's blijft volledig ongescreend.

Fragmentatie

Knelpunt: Gefragmenteerde Zorg

✗ **Versnipperde informatie:** Iedere discipline (huisarts, psychiater, specialist) werkt op een eigen eiland, zonder of met minieme overdracht.

✗ **Onduidelijke verantwoordelijkheid:** Niemand voelt zich eindverantwoordelijk voor de somatische screening, met gaten in opvolging tot gevolg.

✗ **Zorguitval:** Complexe patiënten vallen uit het systeem bij overgangen tussen gespecialiseerde GGZ en ambulante zorg.

Oplossing: Collaboratieve/geïntegreerde Zorg

✓ **Geïntegreerde zorgmodellen:** De combinatie van psychiatrische en somatische zorg is effectiever in het adresseren van de complexe patiëntbehoeften.

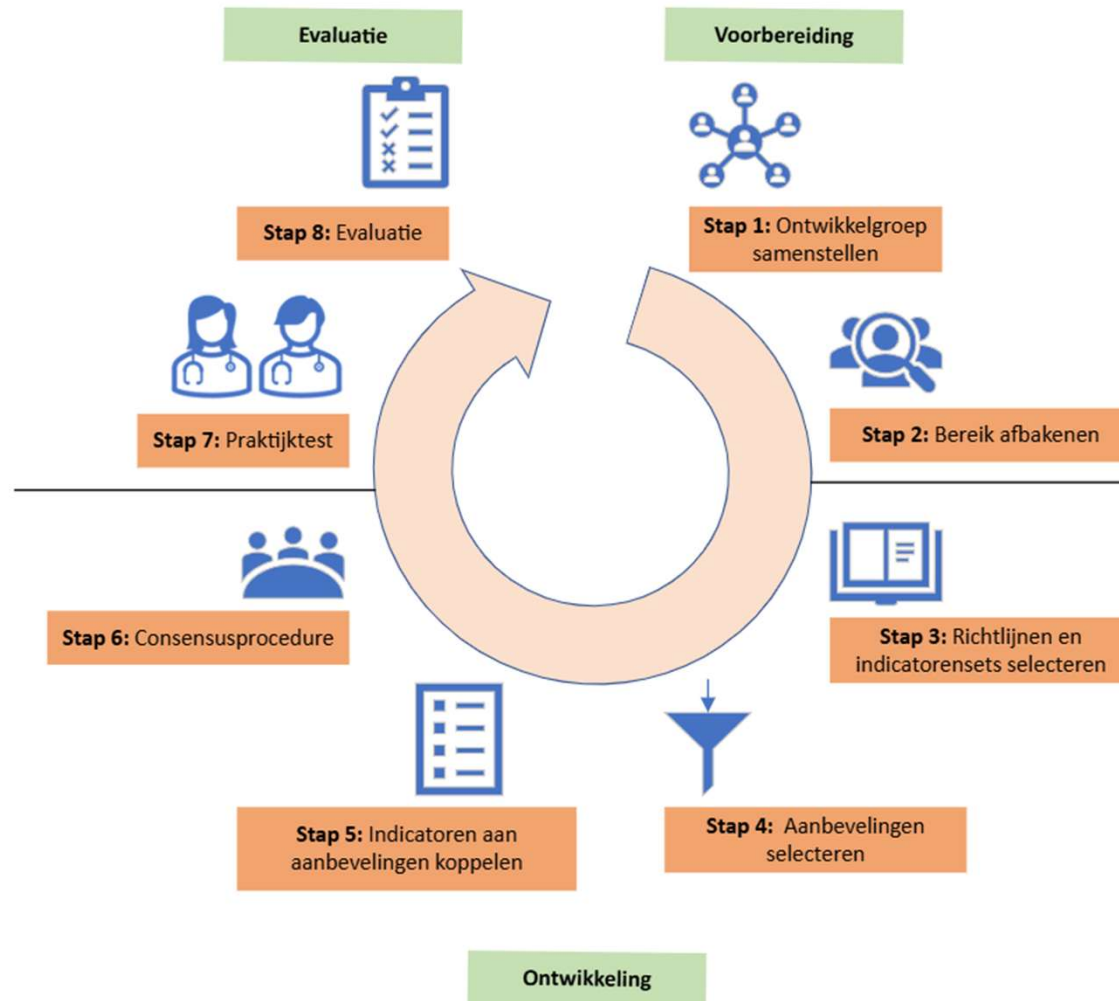
✓ **Duidelijke taakverdeling:** Alle betrokken disciplines (huisarts, psychiater, referentieapotheker, verpleegkundigen) werken samen als gelijkwaardige partners.

✓ **Gedeelde verantwoordelijkheid:** Informatie wordt actief gedeeld en we bepalen gemeenschappelijke zorgdoelen met patiënt en diens context.

Doelstellingen

- Multidisciplinaire richtlijn gericht op somatische zorg voor personen met een EPA in de eerste lijn
- Focus op screening en opvolging lichamelijke aandoeningen bij personen met een EPA
- Samenwerking met gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en -professionals

Methode



Samenstelling werkgroepen

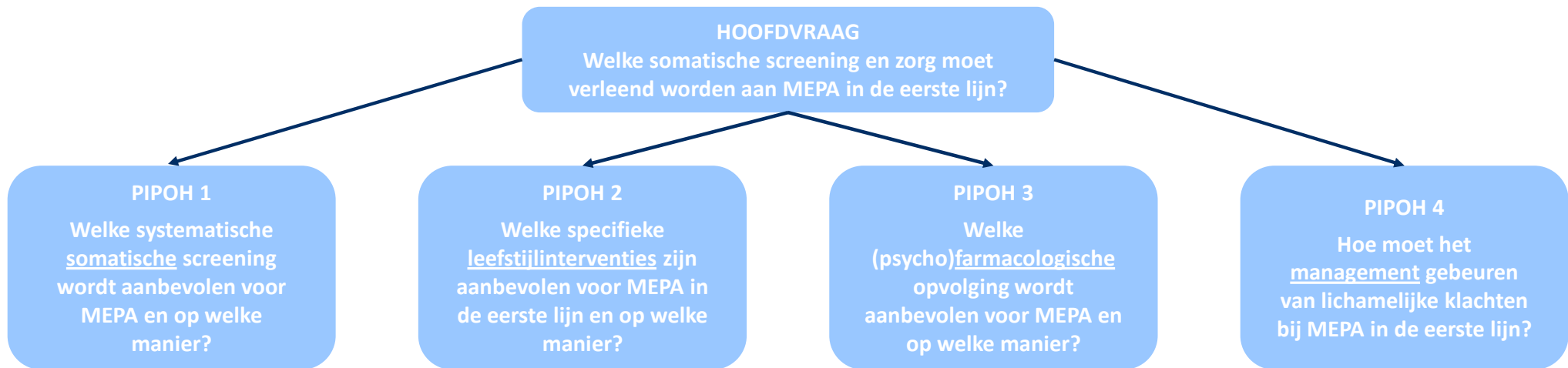
Richtlijnontwikkelingsgroep

- **Kris Van den Broeck** (UA, promotor)
- **Vicky Hennissen** (UA, richtlijncoördinator)
- **Nicolaas Martens** (UA, verpleegkundige)
- **Thérèse Van Durme** (UCL / Be.Hive, verpleegkundige)
- **Paul Van Royen** (UA, huisarts)
- **Karolien Van Pyenbroeck** (UA, Huisarts)
- **Andreia Nascimento** (UA, Psychiater)
- Jean Luc Belche (ULiège / Be.Hive, huisarts)
- Joris D'hooghe (UA, psychomotorisch therapeut)
- Marianne Destoop (UA, psychiater)
- Geert Dom (UA, psychiater)
- Simon Ector (Vlaams Patiëntenplatform)
- Patricia Kirkove (Centre Hospitalier Jean Titeca, psychiater)
- Pierre Smith (UCL, verpleegkundige)
- Mieke Vermandere (KUL, huisarts)
- Stig Walravens (UZ Gent, urgentie-arts)
- Hans De Loof (UA, apotheker)
- Els Draeck (Vlaams Patiëntenplatform, ervaringsdeskundige)

Stakeholders

- **Paul Calle** (UGent, urgentie-arts)
- **Thierry Christiaens** (UGent / BCFI, farmacoloog, huisarts)
- **Elie Cornelis** (Domus Medica, huisarts)
- **Olivia Dalleur** (UCL, klinisch apotheker)
- **Manon de Montigny** (UCL, huisarts)
- **Lynn de Pelsmaecker** (Uilenspiegel, ervaringsdeskundige)
- **Nataly Filion** (UCL, verpleegkundige)
- **Pierre Oswald** (Centre Hospitalier Jean Titeca, psychiater)
- **Laura Rectem** (UMons, vertegenwoordiger mantelzorgers)
- **Jan Van der Mullen** (AZ Sint-Maarten, urgentie-arts)
- **C. Vanherreweghen** (Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale, patiëntvertegenwoordiger)
- **Kim Sweers / Simon Lambrichts** (UPC KU Leuven, liaisonsteam, vpk)
- **Barbara Verboven** (Vlaams Apothekersnetwerk, verantw. suicidepreventie)
- **Ellen Excelmans** (Zelfstandig psychologe-psychotherapeute, VVKP en WOREL)
- **Robin Crunenberg** (Association des Unions de Pharmaciens, apotheker)

Klinische vragen



Bestaande guidelines GIN/JBI

Tabel 1. De weerhouden (internationale) richtlijnen en hun Mini-AGREE scores (uitgedrukt in procent).

Jaar	Land	Organisatie	Titel	Score Mini-AGREE
2018	NE	GGZ Standaard	Richtlijn Drugs (niet-opioïden) Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Addendum 13)	67
2018	INT	WHO	Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders	100
2016	UK	NICE	Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services (NG58)	95
2015	FR	FFP-CNPP	Recommandation de bonne pratique en psychiatrie: Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique	62
2015a	NE	V&VN	Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening	62
2015b	NE	V&VN	Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening	62
2011	UK	NICE	Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings (CG120)	95

Hoogste scores mbt methodologie en (deels) complementair qua inhoud met klinische vragen

Verouderd en overlap mbt assessment en management van substance misuse

De Novo

- PIPOH 1, 3, 4: de novo
- PIPOH 2:
 - adapte mogelijk voor gewichtscontrole, rookstop en middelengebruik + search
 - verder de novo search nodig voor slaap, mondhygiëne, behavioral addiction, ...
- De Novo: Medline, Cochrane, CINAHL, Embase, Clavariate; in NL, D, FR en ENG
- Voorkeur voor systematic reviews

Klinische vraag 1: Welke systematische somatische screening wordt aanbevolen voor personen met een EPA en op welke manier?

Aanbeveling: Voer een somatische screening uit die bestaat uit drie componenten voor alle mensen met een ernstige psychische aandoening: 1. algemene somatische screening 2. medicatiebewaking 3. leefstijlanamnese

INDICATOR Percentage patiënten die lithium gebruiken en die minstens twee keer per jaar een nierfunctietest (eGFR, GFR, creatinine) of schildkliertest (TSH) ondergaan. (proxy op basis van IMA-gegevens)

Uitkomstindicator (populatie-niveau)

INDICATOR Percentage patiënten met een bekende EPA waarvan het gewicht/rookstatus/activiteitsstatus jaarlijks wordt bijgewerkt in het elektronisch patiëntendossier

Procesindicator (praktijk-niveau-huisarts)

Klinische vraag 2: Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht, of risico op overgewicht		
Aanbeveling: Als leefstijlinterventies of het	INDICATOR Percentage patiënten dat <u>olanzapine</u> gebruikt/patiënten	Procesindicator (populatie-niveau)
overstappen van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met een EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en voorzie monitoring	die metformine gebruiken (proxy op basis van IMA- <u>farmanet</u> -gegevens)	
Aanbeveling: Start leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of een risico op overgewicht.	INDICATOR Percentage patiënten met overgewicht en een EPA die baat hebben bij een verwijzing naar een beweegcoach (bewegen op verwijzing)	Uitkomstindicator (praktijk-niveau-huisarts)

Klinische vraag 3: Welke (psycho)farmacologische opvolging wordt aanbevolen voor personen met een EPA in de eerste lijn en op welke manier?		
Aanbeveling: Controleer tijdens de behandeling met psychotrope geneesmiddelen de volgende parameters: pols en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, respons op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun impact op de fysieke gezondheid en het functioneren, en het ontstaan van bewegingsstoornissen.	INDICATOR Bloedonderzoek/totaal aantal patiënten dat antipsychotica/lithium gebruikt (proxy-IMA-gegevens)	Procesindicator (populatie-niveau)
	INDICATOR Percentage patiënten met een EPA dat minstens eenmaal per jaar een medicatiebeoordeling of patiëntenvoorlichting heeft gekregen	Procesindicator (praktijk-niveau-apotheker)
	INDICATOR Proxy-IMA-gegevens: percentage patiënten met een EPA en geregistreerde nomenclatuurcode voor medicatiebeoordeling	Uitkomstindicator (populatie-niveau)
	INDICATOR Percentage patiënten met een EPA waarvan de bloeddruk en pols tweemaal per jaar in het elektronisch patiëntendossier worden geregistreerd	Procesindicator (Praktijk-niveau-huisarts, verpleegkundige of apotheker)

Klinische vraag 4: Hoe moet het management gebeuren van lichamelijke klachten bij personen met een EPA in de eerste lijn?

Aanbeveling: Wijs binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorg (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid	INDICATOR Percentage patiënten met een somatische aandoening waarvan het elektronisch patiëntendossier de identiteit van de somatische en geestelijke gezondheidszorgprofessionals weergeeft, inclusief wie de referentiepersoon is voor de integratie tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg (casemanager)	Structuurindicator (praktijkniveau-huisarts)
Aanbeveling: Informeer de patiënt over het belang van een huisartsapotheker.	INDICATOR Percentage patiënten met een somatische aandoening dat een nomenclatuurcode heeft voor een referentieapotheker EN/OF een Globaal Medisch Dossier (proxy IMA/RIZIV)	Structuurindicator (populatie niveau)

Implementatie - prioritering

Klinische vraag 1 Welke systematische somatische screening wordt aanbevolen voor personen met een EPA en op welke manier?		
1	Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem.	GRADE 1C
2	Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: 1. algemene somatische screening; 2. medicatiemonitoring; 3. leefstijlanamnese.	GPP
3	Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden.	GPP

Klinische vraag 2 Welke specifieke leefstijlinterventies zijn aanbevolen voor personen met een EPA in de eerste lijn en op welke manier?		
Niet-farmacologisch gewichtsmanagement		
4	Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht, of risico op overgewicht.	GRADE 1C
Farmacologisch gewichtsmanagement		
5	Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring.	GRADE 1C
Rookstop		
6	Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varenicline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop.	GRADE 1C
Middelengebruik		
7	Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg.	GPP

Klinische vraag 3 Welke (psycho)farmacologische opvolging wordt aanbevolen voor personen met een EPA in de eerste lijn en op welke manier?		
8	Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen.	GPP
Klinische vraag 4 Hoe moet het management gebeuren van lichamelijke klachten bij personen met een EPA in de eerste lijn?		
9	Zorg ervoor dat de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt met EPA in de eerste lijn op de hoogte zijn van wie de andere zorgverleners zijn.	GPP
10	Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid.	GPP

Implementatie

- Professionals
- Patiëntfactoren
- Communicatie
- Middelen en incentives

Drempels gerelateerd aan de individuele gezondheidsprofessional (Domein II):

1. Bewustzijn van en bekendheid met de aanbeveling: gebrek aan bewustzijn bij eerstelijns- en GGZ-professionals over de mortaliteit en het risico op somatische aandoeningen bij patiënten met EPA.
2. Professioneel gedrag / emoties: Stigma bij zorgverleners t.a.v. mensen met psychische problemen.
3. Verwachte uitkomsten: pessimisme over de therapietrouw, screening en leefstijlveranderingen bij mensen met EPA.
4. Benodigde vaardigheden:
 - Gebrek aan training voor het uitvoeren van leefstijlinterventies
 - Gebruik van technisch taalgebruik in de communicatie met patiënten en families, wat het moeilijk maakt voor hen om de resultaten van de screening te begrijpen en relevante acties te plannen.
 - Gebrek aan kennis over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicatie.
 - Onvoldoende vaardigheden / ervaring om middelengebruik aan te pakken bij mensen met EPA.
 - Gebrek aan (duidelijke) kennis over de rol van casemanager en/of zorgcoördinator en onvoldoende communicatieve vaardigheden om de zorg af te stemmen met verschillende zorgprofessionals en sectoren die betrokken zijn in de zorg voor patiënten met EPA.

BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varenecine, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

- Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten, met name cardiovasculaire en pulmonale aandoeningen, tumoren en seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten met EPA. (1.1)
- Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)
- Bied eerstelijns- en GGZ-professionals gespecialiseerde training in leefstijlinterventies, waaronder motiverende gespreksvoering, voorschriften voor fysieke activiteit en voedingsadvies. Dit verbetert hun vermogen om ongezond gedrag bij hun patiënten aan te pakken. Training helpt ook om stigma te verminderen en de lage verwachtingen van wat patiënten met EPA kunnen bereiken, te doorbreken. (1.3)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenicline). (1.4)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training om middelengebruik bij EPA-patiënten te onderzoeken en aan te pakken. (1.5)
- Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)

Drampels gerelateerd aan de individuele gezondheidsprofessional (Domein II):

1. Bewustzijn van en bekendheid met de aanbeveling: gebrek aan bewustzijn bij eerstelijns- en GGZ-professionals over de mortaliteit en het risico op somatische aandoeningen bij patiënten met EPA.
2. Professioneel gedrag / emoties: Stigma bij zorgverleners t.a.v. mensen met psychische problemen.
3. Verwachte uitkomsten: pessimisme over de therapietrouw, screening en leefstijlveranderingen bij mensen met EPA.
4. Benodigde vaardigheden:
 - Gebrek aan training voor het uitvoeren van leefstijlinterventies
 - Gebruik van technisch taalgebruik in de communicatie met patiënten en families, wat het moeilijk maakt voor hen om de resultaten van de screening te begrijpen en relevante acties te plannen.
 - Gebrek aan kennis over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicatie.
 - Onvoldoende vaardigheden / ervaring om middelengebruik aan te pakken bij mensen met EPA.
 - Gebrek aan (duidelijke) kennis over de rol van casemanager en/of zorgcoördinator en onvoldoende communicatieve vaardigheden om de zorg af te stemmen met verschillende zorgprofessionals en sectoren die betrokken zijn in de zorg voor patiënten met EPA.

BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varenecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

- Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten, met name cardiovasculaire en pulmonale aandoeningen, tumoren en seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten met EPA. (1.1)
- Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)
- Bied eerstelijns- en GGZ-professionals gespecialiseerde training in leefstijlinterventies, waaronder motiverende gespreksvoering, voorschriften voor fysieke activiteit en voedingsadvies. Dit verbetert hun vermogen om ongezond gedrag bij hun patiënten aan te pakken. Training helpt ook om stigma te verminderen en de lage verwachtingen van wat patiënten met EPA kunnen bereiken, te doorbreken. (1.3)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenecline). (1.4)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training om middelengebruik bij EPA-patiënten te onderzoeken en aan te pakken. (1.5)
- Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)

Implementatie-Professionals

Strategieën:

- Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

zorgregie op vermaatschap van de zorgverleners en de zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)

Next steps

- Masterproef implementatie huisartsenpraktijk
- Screening PZ – Ontslagmanagement
- Rolverduidelijking – disseminatie

Complexe zorgnoden

Luna Van Suetendael

Fonds Public Mental Health

Dr. Joris Michiels

Prof. dr. Marianne Destoop

Prof. dr. Kris Van den Broeck



Doelstellingen doctoraatsonderzoek

1. Wat zijn complexe zorgnoden?
→ tot een duidelijke **conceptualisatie** van complexe zorgnoden komen, als basis voor verder onderzoek
2. Hoeveel mensen hebben er een complexe zorgnood?
→ inzicht verwerven in de **prevalentie** van complexe zorgnoden en het huidig zorggebruik van deze doelgroep
3. Wat moeten we doen voor mensen met een complexe zorgnood?
→ aanbevelingen formuleren om de **organisatie van adequate zorg** voor deze doelgroep te ondersteunen

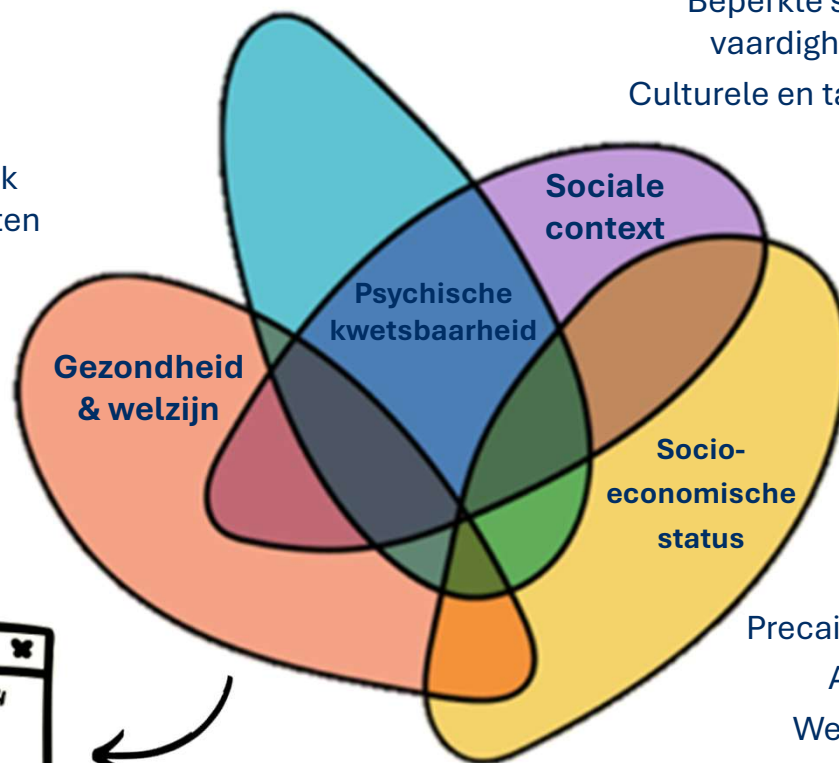
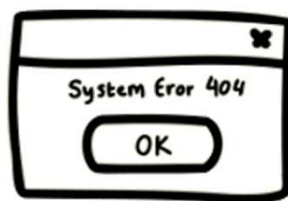
Wat zijn complexe zorgnoden?

Literatuuronderzoek (scoping review)

Loopt gelijk met
de visie van
actoren uit
politie & justitie

Middelenmisbruik
Somatische klachten
Handicap
Trauma
Beperkte ADL

Beperkte toegankelijkheid van zorg
Lage kwaliteit van zorg
Complexiteit misbegrepen
Stigmatisering



Moeilijk te engageren
Beperkte sociale steun
Beperkte sociale
vaardigheden
Culturele en taalbarrière

Precaire huisvesting
Armoede
Werkloosheid
Betrokkenheid justitie
Lage gezondheidsgeletterdheid

Hoeveel mensen hebben een complexe zorgnood?

Prevalentiestudie (voorlopige resultaten)

Voor 709 zorggebruikers vragenlijsten ingevuld door hulpverleners uit

- GGZ: 537
- Welzijnswerk: 144
- Eerstelijnszorg: 28

Over

- Zorgnoden van zorggebruikers
- Zorgnetwerk
- Ingeschatte complexiteit zorgnood; complexiteit zorgnetwerk; toegankelijkheid en kwaliteit van zorg

→ Verdere analyse op 475 cases met psychische kwetsbaarheid

Prevalentiestudie

Demografische gegevens

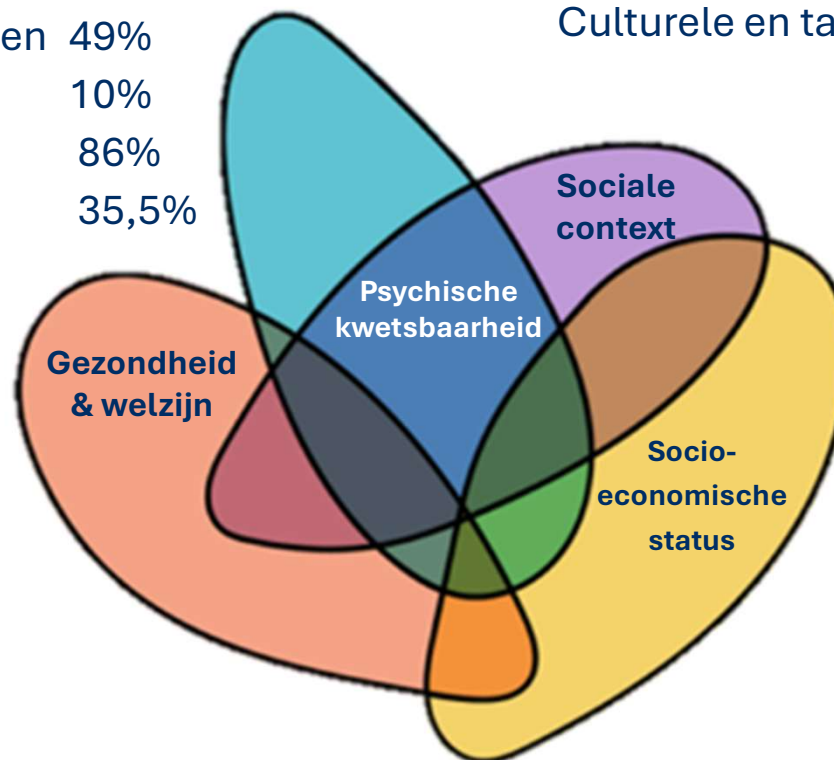
- Leeftijd $\bar{x} = 45,8$ (18-95)
- Gender
 - M = 235
 - V = 235
 - X = 4
- Geboorteplek
 - België = 78%
 - EU = 5,7%
 - Buiten EU = 15,2%
- Verblijfsstatuut
 - Wettig verblijf = 96,6%
 - Onwettig verblijf = 1,5%
- Partner
 - Alleenstaande = 75,8%
 - Partner = 23,4%
- Kinderen
 - Geen = 53,3%
 - Minderjarig inwonend = 15,4%
 - Minderjarig niet-inwonend = 10,5%
 - Meerderjarig = 20,2%

Prevalentiestudie

Zorgnoden

Middelenmisbruik	35,5%
Somatische klachten	49%
Handicap	10%
Trauma	86%
Beperkte ADL	35,5%

Moeilijk te engageren	22%
Beperkte sociale steun	40%
Beperkte sociale vaardigheden	51,4%
Culturele en taalbarrière	8,6%

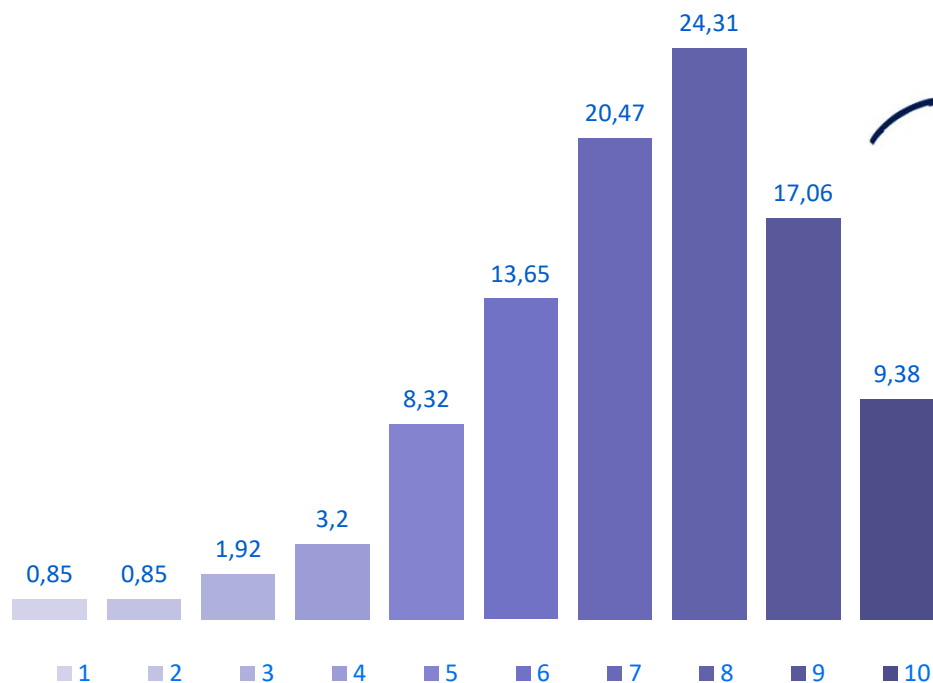


Precaire huisvesting	40%
<i>8,5% in acute dakloosheid</i>	
Armoede	69,5%
<i>21,5% onvoldoende bestaansmiddelen</i>	
<i>48% beperkte bestaansmiddelen</i>	
Werkloosheid	81,3%
Betrokkenheid justitie <i>(ooit)</i>	37,9%
Lage gezondheidsgeletterdheid	49,5%

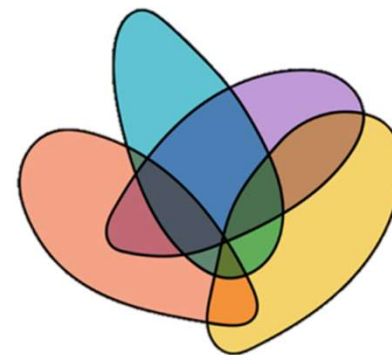
Prevalentiestudie

Zorgnoden

Ingeschatte complexiteit, in %



Gemiddeld **6,8**
zorgnoden
(1 – 13)



Complexiteit zorgnood
gemiddeld
7,3/10



Toegankelijkheid zorg gemiddeld **6,6/10**
Kwaliteit van zorg gemiddeld **6/10**

Prevalentiestudie

Netwerk

- Formeel netwerk

- Gemiddeld 4 diensten betrokken (1 – 12)
- Afstemming gemiddeld **6,4/10**

- Informeel netwerk

- Gemiddeld 1,45 personen in netwerk (0 – 6)
- 18,5% heeft géén informeel netwerk
- Afstemming gemiddeld **4,8/10**

- 37% heeft géén huisarts

- 46,5% in opname

- 37% ambulante psychiater

- 34% ambulante psycholoog

- 23,4% MPT LZ

- 22% OCMW

- 14,5% CAW

- 27% bewindvoering

Table X. Correlations among care user characteristics and healthcare complexity dimensions

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Engagement with care	—																		
2. Mental health issues	-0.35***	—																	
3. ADL issues	-0.37***	0.35***	—																
4. Disability	-0.07	0.06	0.16***	—															
5. Physical health	-0.20***	0.17***	0.38***	0.06	—														
6. Substance use	-0.15**	0.10*	0.08	-0.05	0.17***	—													
7. Trauma	0.01	0.08	0.09	-0.07	0.19***	0.06	—												
8. Communication	-0.07	0.07	0.02	0.04	0.14**	-0.04	0.02	—											
9. Household relationship difficulties	-0.26***	0.26***	0.15**	-0.04	0.25***	0.21***	0.20***	0.11*	—										
10. Social network difficulties	-0.24***	0.19***	0.23***	-0.01	0.25***	0.15**	0.24***	0.08	0.23***	—									
11. Work/education difficulties	-0.29***	0.21***	0.35***	0.07	0.22***	0.04	0.08	0.04	0.07	0.27***	—								
12. Housing difficulties	-0.25***	0.20***	0.29***	0.07	0.23***	0.19***	0.12**	0.08	0.36***	0.28***	0.16***	—							
13. Financial difficulties	-0.18***	0.16***	0.20***	0.04	0.14**	0.25***	0.08	0.18***	0.22***	0.21***	0.21***	0.33***	—						
14. Justice-related problems	-0.24***	0.20***	0.07	-0.04	0.14**	0.39***	0.14**	0.18***	0.33***	0.18***	0.06	0.29***	0.31***	—					
15. Literacy difficulties	-0.44***	0.45***	0.51***	0.18***	0.34***	0.13**	0.02	0.19***	0.24***	0.16***	0.30***	0.23***	0.22***	0.23***	—				
16. Care-need complexity	-0.34***	0.29***	0.32***	0.08	0.26***	0.22***	0.22***	0.04	0.30***	0.29***	0.19***	0.30***	0.31***	0.30***	0.34***	—			
17. Care-network complexity	-0.22***	0.06	0.08	0.01	0.11*	0.15**	0.18***	-0.02	0.27***	0.22***	0.05	0.22***	0.15**	0.20***	0.11*	0.47***	—		
18. Healthcare accessibility	0.23***	-0.17***	-0.12*	-0.03	-0.13**	-0.08	-0.01	-0.21***	-0.15**	-0.20***	-0.12*	-0.21***	-0.21***	-0.19***	-0.14**	-0.17***	-0.12*	—	
19. Quality of care	0.24***	-0.19***	-0.10*	-0.03	-0.05	-0.13**	0.02	-0.15***	-0.09*	-0.23***	-0.10*	-0.21***	-0.22***	-0.18***	-0.12**	-0.15***	-0.12*	0.60***	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Wat moeten we doen voor mensen met een complexe zorgnood?

→ momenteel vooral discontinuïteit van zorg

- Hypergespecialiseerde zorg in silo's
- Aspecten complexe zorgnoden als exclusiecriteria
- 'Estafette'
- Hiaat tussen vrijwillige en gedwongen zorg
- Risico op zorgvermijding ↔ zorgverlamming

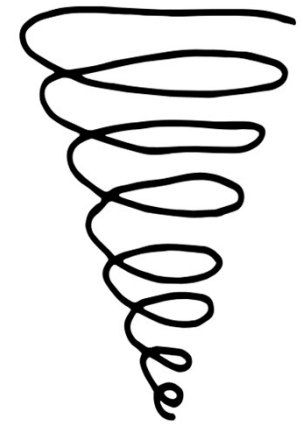


Table X. Correlations among care user characteristics and healthcare complexity dimensions

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Engagement with care	—																		
2. Mental health issues	-0.35***	—																	
3. ADL issues	-0.37***	0.35***	—																
4. Disability	-0.07	0.06	0.16***	—															
5. Physical health	-0.20***	0.17***	0.38***	0.06	—														
6. Substance use	-0.15**	0.10*	0.08	-0.05	0.17***	—													
7. Trauma	0.01	0.08	0.09	-0.07	0.19***	0.06	—												
8. Communication	-0.07	0.07	0.02	0.04	0.14**	-0.04	0.02	—											
9. Household relationship difficulties	-0.26***	0.26***	0.15**	-0.04	0.25***	0.21***	0.20***	0.11*	—										
10. Social network difficulties	-0.24***	0.19***	0.23***	-0.01	0.25***	0.15**	0.24***	0.08	0.23***	—									
11. Work/education difficulties	-0.29***	0.21***	0.35***	0.07	0.22***	0.04	0.08	0.04	0.07	0.27***	—								
12. Housing difficulties	-0.25***	0.20***	0.29***	0.07	0.23***	0.19***	0.12**	0.08	0.36***	0.28***	0.16***	—							
13. Financial difficulties	-0.18***	0.16***	0.20***	0.04	0.14**	0.25***	0.08	0.18***	0.22***	0.21***	0.21***	0.33***	—						
14. Justice-related problems	-0.24***	0.20***	0.07	-0.04	0.14**	0.39***	0.14**	0.18***	0.33***	0.18***	0.06	0.29***	0.31***	—					
15. Literacy difficulties	-0.44***	0.45***	0.51***	0.18***	0.34***	0.13**	0.02	0.19***	0.24***	0.16***	0.30***	0.23***	0.22***	0.23***	—				
16. Care-need complexity	-0.34***	0.29***	0.32***	0.08	0.26***	0.22***	0.22***	0.04	0.30***	0.29***	0.19***	0.30***	0.31***	0.30***	0.34***	—			
17. Care-network complexity	-0.22***	0.06	0.08	0.01	0.11*	0.15**	0.18***	-0.02	0.27***	0.22***	0.05	0.22***	0.15**	0.20***	0.11*	0.47***	—		
18. Healthcare accessibility	0.23***	-0.17***	-0.12*	-0.03	-0.13**	-0.08	-0.01	-0.21***	-0.15**	-0.20***	-0.12*	-0.21***	-0.21***	-0.19***	-0.14**	-0.17***	-0.12*	—	
19. Quality of care	0.24***	-0.19***	-0.10*	-0.03	-0.05	-0.13**	0.02	-0.15***	-0.09*	-0.23***	-0.10*	-0.21***	-0.22***	-0.18***	-0.12**	-0.15***	-0.12*	0.60***	—

Note. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Belang van engagement!

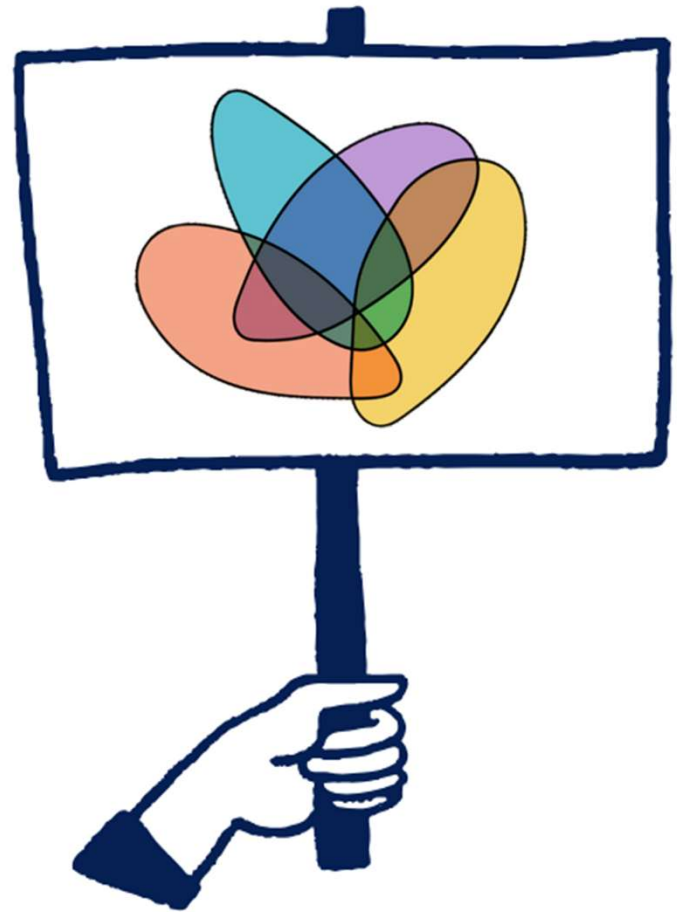
Wat moeten we doen voor mensen met een complexe zorgnood?

- Literatuur
 - ‘Geïntegreerde zorg’
 - ‘Persoonsgerichte zorg’
- Zorgprofessionals
 - Meer capaciteit
 - Zorg- of trajectvolger
die mee in de modder staat
- Politie & justitie
 - Langdurige & aanklampende zorg
 - Begeleide woonvormen
- Mensen die dak- of thuisloos zijn
 - Gehoord worden
 - Gedeelde besluitvorming
 - Zorg op maat
- Mensen met complexe zorgnoden & hun naasten
 - Weinig data beschikbaar!



**Oproep deelname
interviewstudie!**

Belangenbehartiging & activisme



Bedankt!

luna.vansuetendael@uantwerpen.be